

Tårtbeställning



Namn: _____

Adress: _____

Tel: _____ Datum: _____

Antal: _____ Allergi: _____

Leveransadress: _____

Kontaktperson: _____

Tel: _____ Hämtas Skickas Frakt: _____

Bottnar: _____

Fyllning: _____

Dekor: _____

Övrigt: _____

Ställning Kylbox Antal vån

Ställning / Box återlämnas till Duvander senast den: _____

OBS. Ej återlämnad ställning / box debiteras.

Sign kund: _____ Duvander: _____ Summa: _____

www.conditoriduvander.se